

## OFERTA

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę w zakresie:

### 1) pełnienie dyżurów lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

#### I. DANE O OFERENCIE

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do CEIDG lub KRS)

.....  
.....

2. Adres siedziby oferenta: .....

3. Nr księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą .....  
prowadzonym przez .....

4. Telefon kontaktowy .....

#### II. OŚWIADCZENIA OFERENTA

**Oświadczam, że:**

- 1) Zapoznałem się z ogłoszeniem, *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert* oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.
- 2) Nie byłem karany i nie toczą się przeciwko mnie postępowania karne, mające związek z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Oświadczenie obejmuje również wszystkie osoby wskazane w ofercie do udzielania świadczeń w moim imieniu.
- 3) Spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w *Szczegółowych warunkach konkursu ofert* oraz zawarte w materiałach informacyjnych NFZ dotyczących odpowiedniego zakresu świadczeń i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 4) W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
- 5) Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.
- 6) W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
- 7) W ramach prowadzonej działalności świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
- 8) \*Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe pozyskałem w celu złożenia oferty. Wszelkie dane osobowe wskazane w ofercie i załącznikach pozyskałem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

*\* nie dotyczy oferentów prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą*

### **III. PRZEDMIOT OFERTY – HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

1) Gotowość do pełnienia w miesiącu od ..... do ..... dyżurów

2) Proponowany czas trwania umowy: od ..... do .....

W imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia będą udzielane przez następujących lekarzy (należy podać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu):

.....  
.....  
.....

### **IV. CENA OFERTY I WARUNKI PŁATNOŚCI**

Za udzielanie świadczeń proponuję następujące ceny:

1) dyżur w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym: ..... zł brutto za 1 godzinę

### **V. ZAŁĄCZNIKI**

Do oferty załączam następujące dokumenty (proszę wymienić zgodnie ze *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert*):

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....

.....  
Data

.....  
Pieczątko i podpis oferenta